	Anmeldung zur geriatrischen frühreha. Komplexbehandlung	Ansprechpartner: Geriatrie	
	Formular	534484	Asklepios Klinik Schildautal Seesen

Patientenaufkleber	Telefon 05381/ 74-4403 Telefax 05381/ 74-4204 Terminierungen unter o.g. Rufnummer
Kontaktaufnahme Patient (Telefon, Adresse) Hausarzt: häusliche Kontaktperson: ambulante Pflege: Krankenversicherung:	

Pflegegrad:	1	2	3	4	5
Diagnosen					
1. _____		_____	Durchfall/Erbrechen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. _____		_____	Norovirus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. _____		_____	Tracheostoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. _____		_____	Anus praeter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. _____		_____	MRSA / ESBL	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			PEG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Frühestmöglicher Verlegungszeitpunkt: _____

Aufnahmezeitpunkt im Vorkrankenhaus: _____

Tel. Nr. für Rückfragen:
Sozialdienst:


Arzt:

E-Mail:

Absender (Tel., Stempel):

.....
 Unterschrift anmeldender Arzt
Tel. Nr. für Rückfragen:

Information: Falls vorhanden, bitte bei Aufnahme folgende Unterlagen in Kopie mitbringen:	
<ul style="list-style-type: none"> • aktuelle Röntgenbilder/Ct etc. auf CD, aktuelles Labor, Vorbefunde, Medikamentenplan • Vollmachten, Patientenverfügung, gesetzl. Betreuer-Ausweis 	
Bitte prüfen Sie folgende Kriterien vorab:	
Teilbelastbarkeit:	Nur wenn diese von Patienten umgesetzt bzw. eine Überschreitung notfalls medizinisch toleriert werden kann.
Tumorerkrankungen:	Keine Hospiz- bzw. reine Palliativindikation
Bitte beachten: Bei Patienten im Alter von 65- 70 Jahre soll im persönlichen Gespräch eine Aufnahme vorab abgeklärt werden.	


	Anmeldung zur geriatrischen frühreha. Komplexbehandlung	Ansprechpartner: Geriatric	
	Formular	534484	Asklepios Klinik Schildautal Seesen

Barthel Index

Name:

Datum:

ESSEN	
- komplett selbständig oder selbstständige PEG-Beschickung/ -Versorgung	<input type="checkbox"/> 10
- Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei MS- / PEG-Beschickung/ -Versorgung	<input type="checkbox"/> 5
- kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung	<input type="checkbox"/> 0
AUFSETZEN & UMSETZEN	
- komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	<input type="checkbox"/> 15
- Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	<input type="checkbox"/> 10
- erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	<input type="checkbox"/> 5
- wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	<input type="checkbox"/> 0
SICH WASCHEN	
- vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	<input type="checkbox"/> 5
- erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
TOILETTENBENUTZUNG	
- vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung/ Reinigung	<input type="checkbox"/> 10
- vor Ort Hilfe und Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung/ Reinigung erforderlich	<input type="checkbox"/> 5
- benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> 0
BADEN/ DUSCHEN	
- selbständiges Baden/ Duschen inkl.: Ein-/ Ausstieg; sich reinigen und abtrocknen	<input type="checkbox"/> 5
- erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
AUFSTEHEN & GEHEN	
- ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcke/Gehstützen) gehen	<input type="checkbox"/> 15
- ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m mit Hilfe eines Gehwagens gehen	<input type="checkbox"/> 10
- mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen, alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/> 5
- erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
TREPPENSTEIGEN	
- ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen	<input type="checkbox"/> 10
- mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter	<input type="checkbox"/> 5
- erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
AN-/ AUSKLEIDEN	
- Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. Hilfsmittel wie ATS, Prothesen) an und aus	<input type="checkbox"/> 10
- Kleidet meistens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	<input type="checkbox"/> 5
- erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
STUHLKONTROLLE	
- ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	<input type="checkbox"/> 10
- ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/ Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/ AP-Versorgung	<input type="checkbox"/> 5
- ist durchschnittliche mehr als 1x/ Woche stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> 0
HARNKONTROLLE	
- ist harkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/ versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einässen von Kleidung oder Bettwäsche)	<input type="checkbox"/> 10
- kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	<input type="checkbox"/> 5
- ist durchschnittliche mehr als 1x/ Tag harninkontinent	<input type="checkbox"/> 0

 ASKLEPIOS	Anmeldung zur geriatrischen frühreha. Komplexbehandlung	Ansprechpartner: Geriatric	
Geltungsbereich: Asklepios Klinik Schildautal Seesen	Formular		534484 Asklepios Klinik Schildautal Seesen